

CASO CLÍNICO

Síndrome de Otelo: el trastorno de los celos patológicos

Elena García Roselló¹, Jordi Lozano Francés², María José Serralta Gomis³.

1. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), Centro de Salud de Mutxamel
2. Residente de MFyC, Centro de Salud San Vicente I
3. Médica Adjunta en Psiquiatría, Centro de Salud Campello

Contacto: Elena García Roselló, egarciarosello@gmail.com

Citar como: García Roselló E, Lozano Francés J, Serralta Gomis MJ. *Síndrome de Otelo: el trastorno de los celos patológicos*. fml. 2021; 26(2): 4p

Resumen

El Trastorno por Ideas Delirantes (TID) es una patología caracterizada por la presencia de ideas delirantes de instauración insidiosa y gravedad variable. Su prevalencia es del 1-4% de los pacientes ingresados en clínicas psiquiátricas. Es más frecuente en mujeres, y suele debutar en la edad media de la vida (35-55). Hay varios tipos, siendo el más frecuente el persecutorio. Su curso es muy variable, pudiendo remitir (con o sin recaídas) o cronificarse.

Introducción

El TID es de inicio progresivo, y surge de interpretaciones erróneas del sujeto. No se modifica con el razonamiento lógico: Es incorregible, irreatable e ininfluenciable. Estructuralmente está bien sistematizado.

A diferencia de varias patologías psiquiátricas, en el TID no hay deterioro de la personalidad del sujeto, pero suele haber resonancia emocional en concordancia con el delirio, que puede influir intensamente en la vida del paciente. Habitualmente se da en una personalidad premórbida, y con frecuencia se desencadena por un precipitante.¹

Hay varios tipos de trastorno delirante, entre los que destacan:

- Trastorno persecutorio: Es el más frecuente. El/la paciente cree ser espiado, calumniado y/o perseguido.
- Trastorno erotomaniaco / Síndrome de Clerambault: El/la paciente cree que una persona está enamorada de él/ella.
- Trastorno megalomaniaco o delirio de grandeza: El/la paciente cree tener un talento extraordinario, se siente grandioso/a.
- Trastorno celotípico/Síndrome de Otelo: El/la paciente tiene la creencia fija de que su pareja le es infiel.
- Trastorno somático: El/la paciente tiene preocupaciones sobre su cuerpo (ejemplo: existencia imaginaria de una deformidad física).²

El curso de la patología es muy variable, pudiendo remitir (con o sin recaídas) o cronificarse.¹

Metodología

Mujer de 57 años, sin RAMc (Reacciones Alérgicas a Medicamentos conocidas), sin hábitos tóxicos y con las siguientes patologías:

- Antecedentes médicos:
 - Anemia ferropénica estudiada, en tratamiento con Hierro 100mg 1 cápsula/día
 - Hipotiroidismo en tratamiento con Levotiroxina 25mcg
 - Carcinoma de mama derecha (2002), tratado con tumorectomía + linfadenectomía ipsilateral. Posteriormente, mastectomía simple. Actualmente libre de enfermedad
- Antecedentes quirúrgicos:
 - Cesárea (1995)
 - Tumorectomía mama derecha (2002)
 - Mastectomía simple derecha (2002)

Acude de urgencia, muy preocupada: "mi marido me engaña", "hay cámaras en mi casa para tenerme controlada"...

Interrogándola, refiere que el problema empezó hace unos 10 meses, cuando su marido, como era habitual, tendía la ropa en la terraza. Un día tardó en bajar, por lo que la paciente supuso que le era infiel con unas vecinas que, según ella, "habían montado un resort en la terraza colindante". Afirma que, desde entonces, su marido no es el mismo: "todas las noches sale de casa y tarda mucho en volver", "se ve con una mujer"...

La psicobiografía de la paciente es la siguiente: casada, con dos hijos independientes. Refiere siempre buena relación con su pareja hasta el

inicio del cuadro descrito. A la exploración psico-patológica, la paciente está consciente y orientada en las 3 esferas. Angustiada, con importante repercusión somática (sudoración, temblor...). Presenta un discurso con ideas delirantes, centrado en que su pareja le es infiel. Ánimo congruente con su delirio. No ideación suicida. Nula conciencia de enfermedad. A la exploración física está taquicárdica, siendo el resto de exploración completamente normal.

Acepta ser valorada en el Hospital, dónde se re-explora, y se realizan las siguientes pruebas complementarias: AS (Analítica Sanguínea) y TAC craneal, las dos sin hallazgos patológicos.

Diagnóstico diferencial

En el diagnóstico diferencial del TID hay que tener en cuenta dos grandes grupos de patologías:

- Trastornos mentales orgánicos:
 - Patología Endocrina: Enfermedad de Addison, Enfermedad de Cushing, patología tiroidea y paratiroidea...
 - Alteraciones metabólicas: Hipoglucemia, insuficiencia hepática, uremia, estados deficitarios (B12, folato, tiamina, niacina)...
 - Patología Neurológica: Demencia (Enfermedad de Alzheimer; Enfermedad de Pick...), Corea de Huntington, Enfermedad de Parkinson, Esclerosis Múltiple, patología cerebrovascular, patología tumoral, Epilepsia...
 - Delirium
 - Trastornos inducidos por consumo de fármacos y/o tóxicos.

- Trastornos psiquiátricos en los que la ideación delirante es un síntoma secundario:

- Esquizofrenia: A pesar de las múltiples diferencias, frecuentemente hay errores diagnósticos (el TID se diagnostica como Esquizofrenia). Una de las principales diferencias es la sistematización del delirio (en el TID está bien sistematizado, mientras que en la Esquizofrenia no). Además, en el TID no hay desestructuración del yo, mientras que en la Esquizofrenia sí
- Trastornos de las emociones: Hay que pensar en ellos cuando existan también signos de sospecha de perturbación emocional
- Hipocondría: El paciente hipocondríaco reconoce que su trastorno puede no existir, mientras que el paciente con TID presenta una firme convicción de padecerlo
- Trastorno paranoide de la personalidad: Las interpretaciones de estos pacientes rara vez son delirantes

Por tanto, para el diagnóstico de TID hay que realizar una evaluación médica completa, que incluya una exploración física y las pruebas complementarias indicadas en cada caso (pruebas de laboratorio, de imagen y/o de neurofisiología). Para realizar el diagnóstico, el único hallazgo que debe haber en la exploración es el pensamiento delirante.¹

Discusión

La paciente fue diagnosticada de TID, se instauró tratamiento con Paliperidona y se cursó el ingreso en la planta de Psiquiatría. Durante el ingreso los síntomas mejoraron, sin interferir en su conducta. El ingreso duró 7 días, tiempo en el que evolucionó favorablemente con el tratamiento pautado.

En la primera consulta después de la hospitalización, la paciente se mostraba escéptica con lo sucedido, el delirio no estaba en primer plano, persistía como un sueño vivido con extrañeza. Aceptaba que la situación fue producto de "un mal momento". La relación con su pareja había mejorado notablemente. Se pautó Paliperidona inyectable cada 28 días para facilitar el cumplimiento terapéutico.

Por tanto, en una sospecha de TID, es fundamental establecer una relación de confianza con el paciente, por lo que el terapeuta no debe proponerse cambiar la idea delirante. El tratamiento es difícil, ya que el paciente, por no tener conciencia de enfermedad, no suele buscar tratamiento.

Bibliografía

1. Salavert J, Berrospi M, Miralles M, Dueñas R, Tiffon M, San Molina L. El trastorno delirante. Revisando los aspectos de la paranoia. Revista de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona. 2003; 30(6): 304-313.
2. M.D. C. Trastorno delirante - Trastornos de la salud mental - Manual MSD versión para público general [Internet]. Manual MSD versión para público general. 2020

[cited 11 January 2021]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/trastorno-delirante>